

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91 SEDE ATTIVITA' PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR.28 dicembre 2000 n.445, il/la sottoscritto/a consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR.28 dicembre 2000 n.445),

DICHIARA

di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di _____
in Via _____ quale medico:

- (*) : libero professionista
 di medicina generale
 pediatra di libera scelta
 specialista convenzionato esterno

oppure

dichiara di esercitare attività convenzionata per la:

- (*) medicina dei servizi
 guardia medica
 specialista ambulatoriale presso il presidio ATS _____ Via _____

oppure

h) quale medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura _____

i) quale medico che opera presso struttura privata (convenzionata e non) con rapporto di libera collaborazione coordinata e continuativa.

Si rende la presente dichiarazione al fine di:

ottenere l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di per
trasferimento dall'Ordine di _____ Albo _____
mantenere l'iscrizione presso Codesto Ordine.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE _____

DA ALLEGARE:

- 1) alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione, nella Provincia della Sede della attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;
- 2) alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione nella Provincia della Sede della attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra Provincia.

(*} Barrare le voci che interessano